Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. C. J. Gauß

Plazentarpolyp

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von
Maria Becker
aus Contwig / Pfalz

Würzburg 1938

Verlags- und Dissertationsdruckerei Carl Beck, Eisfeld i. Thür.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Referent: Prof. Dr. C. J. Gauß.
Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Meinem Vater gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543526_0097

Mir ist die Aufgabe gestellt, die Frage des Plazentarpolypen zu bearbeiten. Der Plazentarpolyp ist eine Komplikation der Nachgeburtsperiode, die gar nicht so selten ist, wie man anzunehmen geneigt ist, und deshalb stärker als bisher in das Blickfeld des praktischen Geburtshelfers gerückt werden sollte.

In der Ausarbeitung meines Themas möchte ich folgenden Weg gehen: Der 1. Teil meiner Ausführungen soll einen Überblick geben über die Geschichte, die Entstehung, Wesen und klinisches Bild des Plazentarpolypen. Im 2. Teil werde ich berichten über die Fälle von Plazentarpolypen, die in den letzten 10 Jahren an der Würzburger Frauenklinik zur Beobachtung kamen. Die Fälle selbst werden eingeteilt in solche von Placentarpolypen nach Geburten und solche nach Aborten. Der Schluß bringt eine kritische Auswertung des vorhandenen Materials mit besonderer Berücksichtigung der Therapie und vergleicht die Erfahrungen der hiesigen Klinik mit den Ergebnissen einer Arbeit aus der Bonner Klinik [9]).

Es ergibt sich also folgende Gliederung:

A) Schrifttum.

B) Eigene Untersuchungen.
B I Kasuistik.
B II Kritische Besprechung der eigenen Fälle.

A) Schrifttum.

I. Geschichtliches. Die ersten Angaben finden wir in der Literatur bei Kiwisch. 1845, noch in Prag, vor seiner Berufung zum Direktor der Würzburger Frauenklinik, beschrieb er polypöse Gebilde im Uterus, die er als fibrinöse Polypen bezeichnete. Die Entstehung dieser Gebilde stellte sich Kiwisch so vor, daß zunächst eine Blutung in die Uterushöhle hinein erfolge. Das Blut gerinnt, dann wird der Blutfarbstoff resorbiert und schließlich bleibt ein Gebilde zurück, das zum größten Teil aus Fibrin besteht, in der Mitte aber meist noch rote, weiche Blutgerinsel enthält. Durch die formende

Kraft des Uterus erhalten diese ihre Konfiguration. Kiwisch beobachtete derartige Gebilde nur bei jugendlichen Individuen, die noch nicht geboren, aber Geschlechtsverkehr gehabt hatten. Nach seiner Ansicht spiele eine anormale Erregung beim Koitus ohne nachfolgende Konzeption eine Rolle. Einen Abort lehnte er als ätiologisches Moment ab und zwar vor allem deshalb, weil die mikroskopische Untersuchung keine Eireste ergebe.

Gegen diese Anschauung Kiwischs erhob v. Scanzoni [6]), der nachfolgende Direktor der Würzburger Frauenklinik, i. J. 1852 wichtige Bedenken. Er bestritt nicht die Möglichkeit der Bildung eines kleinen Blutgerinnsels durch Retention von Menstrualblut. Er lehnt aber ab, daß ein solches Gerinnsel noch in der nächsten Periode vorhanden sei und sich vergrößere. Die mikroskopische Untersuchung müsse dann ein ganz anderes Bild ergeben: Bei der allmählichen Extravasion des Blutes in die Uterushöhle und bei der Bildung immer neuer Gerinnungsschichten um einen Kern, der schon besteht, müßte das Innere des Polypen nicht die geringsten, sondern die am weitesten fortgeschrittenen Veränderungen zeigen. v. Scanzoni kam deshalb zu dem Schlusse, daß das Blutgerinnsel sich infolge „einer einzigen, relativ reichlichen Extravasion" gebildet haben müsse. Diese führte er auf einen vorangegangenen Abort zurück. Es gelang ihm nicht, in den Polypen Eireste nachzuweisen, aber er stützte sich auf seine Beobachtung derartiger Fibrinpolypen im Anschluß an einwandfreie Aborte.

Eine Bestätigung seiner Ansicht erfuhr v. Scanzoni durch einige Beobachtungen von Rokitansky. Dieser betonte, daß zurückgebliebene Eireste von unbedingter Wichtigkeit für die Entstehung der Polypen sind.

Carl Braun [2]) schloß sich 1860 der Ansicht v. Scanzoni und Rokitansky an. Ja er ging noch weiter. In seiner Arbeit „Über die Nosogenie des Plazentarpolypen" stellte er neben die von Kiwisch beschriebenen fibrösen Schleim- und fibrinösen Polypen noch den Plazentarpolypen auf. Es gelang ihm, durch die mikroskopische Untersuchung, in einem derartigen Polypen Plazentargewebe nachzuweisen. Dies veranlaßte ihn, für diese Bildung den Namen Plazentarpolypen vorzuschlagen.

1886 beschreibt Förster [4]) einen Fall von Plazentarpolyp aus der Würzburger Frauenklinik, deren Direktor

um diese Zeit Geh. Rat v. Scanzoni war. Es handelt sich um eine 20 j. I-para. Nach dreieinhalbstündiger Wehentätigkeit Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Plazenta mit Eihäuten nach sehr kurzer Zeit ebenfalls spontan und anscheinend vollständig. Eine Stunde post partum heftige Blutung, die auf Seccale stand. Am 4. Tag Temperaturansteigerung auf 38,4°. Das Fieber bewegt sich in den nächsten Tagen zwischen 37,3—39°, Puls entsprechend erhöht. Am 10. Tag p. p. vaginale Untersuchung. Befund: Uterus nicht entsprechend zurückgebildet. Mm. klaffend. In den Cervikalkanal ragt ein gänseeigroßer Tumor von fester Konsistenz, der mit einem dünnen Stiel der Uteruswand aufsitzt und manuell gelöst wird. Kurz nach der Entfernung des Tumors heftiger Schüttelfrost, Fieber steigt auf 40,6°. Gegen Abend Absinken der Temperatur zur Norm; Entlassung bei völligem Wohlbefinden am 20. Tag p. p. Uterus gut rückgebildet.

Pathologisch-anatomischer Befund: Gänseeigroßer gestielter Tumor von glatter Oberfläche und graurötlicher Farbe. Der Stiel hat eine etwas rauhere, grauweiße Oberfläche. Mikroskopisch im Stiel und zentralen Teil des Tumors dichtgedrängte Chorionzotten; nach der Peripherie zu findet sich zwischen den Zotten ein Netzwerk von Fibrin mit geronnenem Blut. 1—2 cm vom Rand des Tumors finden sich keine Zotten mehr. Nur noch dichte Züge von Fibrinfäden und Blutreste. Diagnose: Plazentarpolyp.

Förster stellt im Anschluß an die Beschreibung dieses Falles folgende Sätze auf:

1. ein Plazentarpolyp entsteht wahrscheinlich durch eine einzige Blutung; evtl. nachfolgende Blutungen sind durch den Polypen bedingt;
2. zurückgebliebene Reste geben eine größere Disposition für puerperale Infektionen, da sie die Involution des Uterus verhindern und der C. K. offen bleibt. Ferner geben die Blutgerinnsel einen günstigen Nährboden für Bakterien ab.

II. Struktur des Plazentarpolypen. Die Plazentarpolypen sind nach Nürnberger [5]) etwa kirschgroße bis hühnereigroße Gebilde von dunkelroter Farbe. Sie sitzen breit oder gestielt der Corpuswand auf. Ihre Oberfläche erscheint im großen und ganzen glatt, bei näherem Zusehen entdeckt man aber doch kleine Riffelungen oder

eine unregelmäßige Felderung. Diese entsteht durch eine ziemlich derbe grauweiße Fibrinschicht. Das Verhalten der Schnittflächen wird verschieden geschildert. Einmal: weicher, geschichteter, dunkelroter Kern mit heller derber Rinde, ein andermal wird der Kern als trockener, fester und derber als die peripheren Schichten bezeichnet. Mikroskopisch besteht der Plazentarpolyp in der Hauptsache aus Fibrin, roten und weißen Blutkörperchen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle findet man in der Basis der polypösen Gebilde Plazentargewebe. Neben dem morphologisch intakten Plazentargewebe sieht man in den Pl.P. aber auch zahlreiche Chorionzotten mit degenerativen Veränderungen. An dem Epithelbelag treten die Zeichen der Pyknose und Kariorhexis auf. Schließlich findet man Zotten, die ihren Epithelbelag vollkommen verloren haben, die aber noch an den sternförmig verästelten Zellen des Chorionbindegewebes deutlich als Zotten erkannt werden. Die Stromazellen schwinden, schließlich erscheinen die Zotten als mehr oder weniger diffus gefärbte Partien, die nur schwer von Fibrinbalken unterschieden werden können. Die Entscheidung, ob eine diffus gefärbte umschriebene Stelle in einem Plazentarpolypen als degenerierte Chorionzotte oder als Fibrin anzusprechen ist, kann unmöglich sein, wenn Übergangsbilder fehlen. Man muß also mit der Behauptung, daß in einem Plazentarpolypen Chorionzotten fehlen, sehr zurückhaltend sein und man kann nur behaupten, daß sich Chorionzotten nicht oder wenigstens nicht mit Sicherheit nachweisen lassen. Das gilt besonders für die operativ gewonnenen Polypen. Bei diesen ist immer mit der Möglichkeit zu rechnen, daß in der zurückgebliebenen Basis oder in der Uteruswand doch Chorionzotten vorhanden sind.

III. Entstehung. Die Ansichten der meisten Autoren über die Entstehung des Plazentarpolypen gehen ziemlich weit auseinander. Die meisten von ihnen, wie Bumm, v. Winkel, v. Jaschke-Paokow, Stöckel, Seitz, Gottschalk, Koblank, v. Olshausen sind der Ansicht, daß die unumgängliche Voraussetzung für das Entstehen der Polypen das Zurückbleiben von Plazentarresten an der Uterusinnenfläche ist. Die rauhe Oberfläche der zurückgehaltenen Plazentateile begünstigt die Gerinnung des Blutes, das aus den eröffneten Uteroplazentargefäßen

dauernd nachsickert. Eine Gerinnungsschicht um die andere schlägt sich auf dem Plazentargewebe nieder, so entsteht ein derber, deutlich geschichteter Thrombus, der sich der Form der Uterushöhle aufs engste anschmiegt und zuletzt in den Halskanal wie ein gestielter Polyp hineinragt. Nach Veit und Michaelis entstehen die Polypen nicht von Plazentarresten aus, die auf der Scheimhaut sitzen, sondern von Chorionzotten, die in tiefere deciduale Venen verschleppt wurden. Langhans und Heidemann führen die Plazentarpolypen auf einfache Gerinnselbildung an der Uterusinnenfläche zurück. Das Zurückbleiben von Plazentarresten ist nach ihrer Ansicht durchaus keine notwendige Voraussetzung für die Bildung von Polypen. Heidemann legt noch besonderen Nachdruck auf die Tatsache, daß er häufig auch gleichzeitig Thrombosen der Becken- und Beinvenen beobachtete. Er nimmt deshalb einen engen Zusammenhang zwischen Poypenbildung und Thrombose an und zwar in dem Sinne, daß beide durch eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes und Erschlaffung des Uterus begünstigt werden.

Man teilt die Polypen ein in fibröse und eigentliche Plazentarpolypen, wobei der Unterschied nur in der Menge des vorhandenen Plazentargewebes beruht. Der fibrinöse Polyp hat einen kleinen Kern von Zottengewebe, die Hauptmasse besteht aus Blut und Fibrin. Er zeigt meist eine gewisse Stielung und längliche Form, die dem Cavum uteri entspricht. Nach Schröder [10]) brauchen die fibrinösen Polypen unter Umständen gar kein Plazentargewebe zur Grundlage, sondern können sich durch nachsickerndes Blut auf der durch Thrombenbildung rauhen Oberfläche der Plazentarstelle festsetzen.

Der eigentliche Plazentarpolyp besteht aus einem größeren mehr oder minder stark veränderten Plazentarstück. Ist der Plazentarrest lange Zeit noch gut genährt, so wird sein basaler Teil frisches Plazentargewebe auch noch im Spätwochenbett aufweisen. Meist ist das Plazentargewebe gegen die Peripherie zu nekrotisch und mit einem Fibrin- und Blutmantel umgeben. Während demnach in den meisten Fällen der Plazentarpolyp sich um einen über die Oberfläche hervorragenden Plazentarkern bildet, können wir auch Pl.P. beobachten, die klinisch eine andere Wertigkeit besitzen, obwohl sie morphologisch sich von den erwähnten Polypen kaum unterscheiden. Es sind dies die Polypen, welche die in

der Tiefe der Uterusvenen zurückgebliebenen Zottenreste zur Grundlage haben. Diese Polypen entstehen erst ganz allmählich, wenn durch die Retraktion des Uterus das in der Tiefe liegende Zottenmaterial an die Oberfläche getrieben wird. So können Tage, ja Wochen vergehen, bis der Zottenrest sich langsam über die Schleimhautbasis vorschiebt und dann erst als Polyp diagnostiziert wird. Es ist daher wohl möglich, daß bei einer späteren Revision des Uterus ein Pl.P. festgestellt wird, nachdem eine frühere Untersuchung ein negatives Ergebnis hatte.

In einer Arbeit, die 1924 in der „Medizinischen Klinik" erschienen ist [8]), wird als wichtigste Ursache für das Zurückbleiben von Plazentarteilen der vorzeitig und unrichtig ausgeführte Credésche Handgriff angeführt. Verfasser berichtet, daß an der Straßmannschen Klinik ein Fünftel der Fälle für das Zurückbleiben von Pl.-Resten das Herumdrücken am Uterus (durch jüngere Hilfskräfte) in Frage käme. In höherem Grade gelte das noch für die allgemeine Praxis.

Rosenstein [15]) steht ebenfalls auf dem Standpunkt, daß unzeitgemäße und unexakte Kunsthilfe eine Störung der Lösung von Eiresten bedingt und somit ein förderndes Moment für die Bildung von Pl.P. bedeutet.

Er führt aber außerdem 2 völlig neue Gesichtspunkte für die Entstehung von Plazentarpolypen ins Feld:

1. Entzündliche Veränderungen der Uterusschleimhaut. Unter solcher Bedingung kann die Ausbildung der spongiösen Schicht leiden und ein Tieferwachsen der Zotten bis in die Basalis hinein stattfinden.

2. Innersekretorische Einflüsse vonseiten des Ovariums. Sämtliche, im Uterus sich abspielenden Vorgänge müssen in einem Zusammenhang mit den Ovarien betrachtet werden. Das Ovarium stellt nach der Befruchtung des Eies seine follikelreifende Tätigkeit ein und übt durch das Corpus luteum einen, die Einbettung fördernden und schützenden Einfluß aus auf das junge Ei.

An einem der von ihm beschriebenen Fälle erhärtet Rosenstein seine These: eine Frau, die nach erfolgtem Abort innerhalb zweier Monate 5 Cürrettagen erhalten hatte, wies trotzdem noch wohlerhaltene Zotten und Decidua auf. Es fand sich bei ihr ein cystisches Ovar, das zum Teil aus einer Luteincyste bestand. Er folgert

daraus, daß aus jenen persistierenden Luteinzellen den Eiteilen inkretorische Stoffe zuflossen, die sie befähigten, den Versuchen des Uterus, sie zu eliminieren, erfolgreich Widerstand entgegenzusetzen.

III. Symptome des Plazentarpolypen.

1. Blutungen.
2. Fieber.
3. Durchgängigkeit des Cervikalkanals.
4. Vergrößerter Uterus.

Beherrschendes und konstantestes Symptom ist die Blutung. Sie tritt meistens im Verlauf des Wochenbettes auf. Meistens ist sie unregelmäßig. Es kann aber ein Plazentarrest auch einmal zurückbleiben, ohne jegliche Erscheinungen zu machen und auch — in ganz seltenen Fällen — längere Zeit nach der Geburt spontan, ohne stärkere Blutung abgehen. Die Regel aber ist, daß das Zurückbleiben schlechte Involution zur Folge hat und diese führt zu Blutungen. Solange der Pl.-Rest noch festsitzt, sind die protrahierten Blutungen bedrohlich. Gefährlich werden sie erst, wenn durch teilweise Loslösung des Plazentarrestes oder durch Arrosion der Uteroplazentargefäße, bei Verjauchung des Pl.-Restes, größere Venensinus eröffnet werden. Es kann dann zu den schwersten Anämien, ja bei nicht rechtzeitigem Eingreifen zu letalem Ausgang kommen. Öfter können die Blutungen nach starker körperlicher Anstrengung auftreten.

Die Neigung der Pl.P. zu Blutungen findet die verschiedenen Erklärungen bei den einzelnen Autoren. Virchow erklärte die Neigung zu Blutungen damit, daß der wachsende Polyp den Uterus dehnt und „die einmal blutenden Stellen auseinanderzerrt."

Schröder [10]) sah die Ursache der Blutungen in der „Geburt des Polypen". Die Uteruskontraktionen sollen zu einer partiellen Lockerung des Pl.-Restes und damit zu Blutungen führen. Der Polyp solle durch eine Art Reizwirkung eine Endometritis verursachen und diese die Ursache der Metrorrhagien sein.

Aschner führt die Blutungen bei der Verhaltung von Pl.P. nicht nur auf das Offenbleiben der uterinen Gefäßlumina zurück, sondern er möchte sie „insbesondere durch die Hyperämie und Hämorrhagie erzeugende innersekretorische Wirkung der zurückbleibenden Chorionelemente erklären."

Fieber ist häufig vorhanden, es kann aber auch vollkommen fehlen. Es ist wohl als der Ausdruck eines Infektionsprozesses anzusehen.

Der Uterus bleibt durchschnittlich groß, seine Höhle weit, häufig klafft die Cerfix. War das Orificium schon geschlossen und wächst der Polyp weiter, so kann es sich wieder öffnen. Der Uteruskörper ist größer als normal, ist schwerer und sinkt daher häufig nach rückwärts zurück. Er kann aber auch eine pathologische Anteflexio aufweisen. Unter wehenartigen Schmerzen kann sich der Mm. und der C. K. zeitweise öffnen und wieder schließen. Durch solche Wehen rückt der Polyp tiefer und ist durch den Mm. leicht tastbar.

Die Patientinnen klagen manchmal über das Gefühl der Schwere im Bauche und öfter über Kreuzschmerzen.

IV. Prognose: Sie ist bei richtiger Erkenntnis und Behandlung günstig zu stellen. Bei vernachlässigten Fällen kann es aber durch wiederholte Blutungen zu schwerer Anämie kommen. Die Anämie kann so hohe Grade annehmen, daß sie zu Tode führt. In manchen Fällen steht im Vordergrund die vom Endometrium aufsteigende Infektion, die lokal bleiben oder thrombophlebitisch fortschreiten oder auf septischem, bezw. pyämischem Wege den ganzen Organismus in Mitleidenschaft ziehen kann. Am schlimmsten ist es dann, wenn die Blutungen dazu zwingen, in dem infizierten Gewebe zu curettieren; es besteht dabei eine enorme Perforationsgefahr. Der relative Leukozytenwall wird dabei durchbrochen und die Infektion gewaltsam propagiert.

Eine seltene Komplikation ist die durch einen Pl. P. hervorgerufene Drucknekrose der Uteruswand. Einen solchen Fall berichtet Zahn [13]): ein dreizehn Jahre alter Pl.P., der an der Vorderwand des Cavum uteri saß, hatte durch Druchnekrose eine Perforation der hinteren Uteruswand mit Hämatocele retrouterina erzeugt.

V. Die Therapie: Sie war bis fast Ende des 19. Jahrhunderts streng konservativ. Dann entschloß man sich zu aktiverem Vorgehen und man entfernte die Reste digital mit nachfolgender Desinfektion der Gebärmutterhöhle. Es war die Methode nach Winter. Die Resultate waren schlecht und man erblickte die Gefahr nicht in dem Verbleiben der Reste im Uterus, sondern in dem Vorgehen bei deren Entfernung, da dadurch die Wege für virulente Bakterien aufgemacht würden.

Opitz vertrat die Ansicht, daß es bei positiven hämolytischen Streptokokken am besten ist, den Uterus zu exstirpieren, sonst ist er der Meinung, daß der vorsichtige Gebrauch von Abortzange und Curette besser sei als der Finger, da man mit jenen die Gebärmutter nicht soviel quetscht.

Im Jahre 1909 wiesen Winter und Opitz auf dem Straßburger Gynäkologenkongreß darauf hin, daß im Anschluß an Ausräumung die bis dahin geringe Temperatursteigerung zunimmt, da sich nicht selten ein septisches Krankheitsbild anschließt, oft mit letalem Ausgang. Viel mehr gelte das noch für Fälle, die von vornherein den Eindruck einer schweren septischen Infektion hervorrufen. Die praktische Folgerung war eine Rückkehr zu konservativer Therapie. Zangemeisters [14]) Erfahrung geht dahin, daß man sich Winters Vorschlag zu ausschließlich konservativer Therapie nicht anschließen könne. Man müsse mit allen Mitteln dahin streben, zurückgebliebene Plazentareste zu entfernen, und zwar sofort nach der Geburt. Bei fieberfreien Fällen schlägt er die Entfernung des Polypen mit Abortzange vor. Bei fieberhaften Fällen unterbleibt der Versuch, den Rest zu entfernen, vorläufig ganz, es wird vorsichtig, ohne mechanisch zu reizen, im Speculum Gaze eingelegt in den Uterus zur Drainage, bei Blutung zugleich als Tamponade. Dabei pflegt die Temperatur abzufallen und der Rest löst sich, sodaß er nach einigen Tagen vorsichtig herausgenommen werden kann.

Stöckel betont nachdrücklichst die Gefahren eines intrauterinen Eingriffs in den ersten Wochenbettstagen. Er fordert deshalb als Prophylaxe sorgfältige Kontrolle der Plazenta und der Eihäute unmittelbar nach der Geburt. „Bestehen Zweifel an der Vollständigkeit der Plazenta oder zeigen offene Gefäßlumina in den Eihäuten das Bestehen einer Plazenta succenturiata an, so muß unbedingt sofort mit der Hand in den Uterus eingegangen und das darin befindliche Plazentargewebe gesucht und manuell entfernt werden. Zurückbleibendes Plazentargewebe und Nachtastung sind zwei Übel, von denen das letztere das erheblich kleinere ist. Schon nach 12 Stunden ist die Prognose bezüglich der Infektionsverschleppung sehr zweifelhaft und wird mit vorrückender Zeit ganz schlecht."

Bumm schlägt die Entfernung des Polypen in Narkose vor mit dem Finger. Die Curette lehnt er wegen

Perforationsgefahr ab, da die Uteruswand in den ersten Wochen des Puerperiums außerordentlich brüchig und weich ist.

Sigwart gibt im Halban-Seitz folgende Richtlinien für die Therapie der Plazentareste:

Die Therapie hängt ab vom Grad der Blutung und vom Zeitpunkt des Auftretens der Blutung. Halten sich die Blutungen in mäßigen Grenzen, so soll man versuchen, die Retraktion des Uterus durch Seccalepräparate und Eisblase herbeizuführen. Auf diese Weise kann dann die Blutung auf ein Minimum beschränkt werden und die Plazentareste können sich von selbst lösen und ausgestoßen werden. — Wenn es nicht dringend notwendig ist, soll man in den ersten Tagen des Wochenbettes von einem intrauterinen Eingriff Abstand nehmen wegen der Sepsisgefahr. Bei abundanten Blutungen aber muß eingegriffen werden, ob nun Fieber besteht oder nicht. Beim Eingriff selbst ist schonendstes Vorgehen geboten. Der Plazentarpolyp soll mit dem Finger zart und vorsichtig gelöst und entfernt werden. Der digitalen Ausräumung soll eine ausgiebige Spülung des Uterus mit Alkohol oder Rivanol folgen.

V. Anhangsweise möchte ich kurz berichten über den Plazentarpolypen bei Tubargravidität; ein sehr seltenes Vorkommnis, das kein klinisches, sondern pathologisch-histologisches Interesse hat, da sich die Diagnostik und Therapie des tubaren Polypen nicht von derjenigen bei Tubargravidität unterscheidet.

Über Plazentarpolypen der Tube liegen in der Hauptsache Arbeiten aus der Breslauer Klinik (Prof. L. Fraenkel) vor. Fraenkel gibt folgende Definition [3]): „Faßt man den Begriff eines Plazentarpolypen der Tube korrekt und entsprechend dem Pl.P. des Uterus, so handelt es sich um einen nach tubarem Abortus oder Ruptur zurückgebliebenen Eirest, um den sich infolge immer neuer Blutungen Fibrin in Schichten von verschiedenen Altersstufen abgelagert hat, und der dadurch schließlich der Form der Höhle entsprechend, in der er liegt, eine längliche Gestalt bekommt und eine nicht unbeträchtliche Größe erreichen kann. Nur an Stelle des Eirestes, hier aber sehr fest adhärent und im übrigen polypenartig in die Tubenhöhle hineinragt."

Steinhäuser [11]) bearbeitete 1923 sämtliche Fälle von Tubargravidität der Breslauer Klinik und fand dabei 7

Präparate, die er als Plazentarpolypen der Tube anspricht. Der makroskopische Befund war kurz zusammengefaßt folgender: Die auf etwa 2 Fingerdicke geschwollene Tube zeigt Ähnlichkeit mit einer Walze oder einem Posthorn, das Ostium abdominale stets offen, die Tubenwand stark verdünnt. Im Innern der Tube ein polypöses Gebilde, trocken, von rötlicher Farbe und fester Konsistenz. Er sitzt der Tubenwand breitbasig auf und sieht mit dem freien Ende gegen das abdominale Ende der Tube. Auf Längsschnitten erkennt man trokkene fibrinoide Lamellen mit streifenförmigen Einlagerungen. Mikroskopisch: An der Haftstelle des Gebildes immer Chorionzotten, teils in gut erhaltenem Zustand, teils regressiv verändert, dazwischen Blut; dann ein Fibrinnetz aus dichteren und dünneren Balken mit eingeschlossenen Erythrocytenhaufen. Außer an der Basis kommen auch in der Mitte und an den Randpartien des polypösen Gebildes regressive Chorionzotten vor.

1933 beschreibt Chamrad [3]) 3 weitere Fälle von Plazentarpolypen der Tube aus der Breslauer Klinik. Der makroskopische und mikroskopische Befund entspricht durchaus dem von Steinhäuser geschilderten Bild. Auch Chamrad betont immer wieder die breitbasige Insertion der Gebilde an einer (außerordentlich verdünnten) Stelle der Tubenwand, während der Polyp im übrigen frei in das Lumen hineinragt und an keiner anderen Stelle verwachsen ist. Die Spitze zeigt nach dem Ostium abdominale der Tube. Sie ragt in einem der von Steinhäuser beschriebenen Fälle sogar aus den Fibrinschichten heraus. Für die Entstehung derartiger Polypen stellt Chamrad 3 Bedingungen auf:

1. Ein Teil des Chorion frondosum muß fester haften als die übrige Eihaut.
2. Für das austretende Blut muß ein Abfluß da sein oder geschaffen werden.
3. Der Eihautrest muß an einer bestimmten Stelle der Tube sitzen.

ad 1): Die Zotten haben in der Tube eine große Haftfähigkeit, da sie sich in die Muskulatur der Tubenwand einbohren. In den meisten Fällen sitzt die Basis an der der Mesosalpinx entsprechenden Wand der Tube; dort sind die Ernährungsbedingungen am besten und somit erklärt es sich, daß die Zotten dort am besten wachsen.

ad 2): Die Bildung eines Plazentarpolypen ist nur dann möglich, wenn das austretende Blut abfließen kann. Kann das Blut nicht abfließen, so kommt es zur Stagnation, Gerinnung und Bildung einer Blutmole. Auf dem Eihautrest setzt sich ein Gerinnsel fest; das Blut zieht in langsamem Strom vorbei und gibt so dem sich bildenden Polyp Gelegenheit weiter zu wachsen. Das Blut sickert in Richtung des geringsten Widerstandes, also nach dem abdominalen Teil der Tube zu. In dieser Richtung dehnt sich auch der Polyp aus.
ad 3): Die günstigste Ansatzstelle für einen Polypen ist das uterine Ende der Tube, denn dann ist die gesamte Eihöhle frei für sein Wachstum und das Blut kann in der ganzen Länge der Tube an ihm vorbeifließen. Liegt der Eihautrest am abdominalen Ende, so kommt es nur zur Stauung des Blutes, nicht aber zur Polypenbildung.

Zur Frage des tubaren Plazentarpolypen bleibt noch zu sagen, daß seine Entstehung durchaus nicht restlos geklärt ist; vor allem ist nicht sicher zu entscheiden, ob es sich bei den Fällen, die im ganzen Präparat (nicht nur an der Basis) Zotten aufweisen, um retitinierte ganze Tubeneier, hämorrhagisch infarziert, also Tubenmolen handelt.

Eine praktisch-klinische Bedeutung hat der tubare Plazentarpolyp, wie schon oben erwähnt, nicht; denn die Symptome decken sich völlig mit denen der Tubargravidität und die Diagnose wird bei der Untersuchung nicht gestellt. Sämtliche beschriebenen Fälle sind unter der Diagnose der Extrauteringravidität operiert worden.

Ich komme nun zum zweiten Teil meiner Arbeit, der über die Fälle von Plazentarpolypen der hiesigen Frauenklinik in den letzten 10 Jahren berichten soll.

B. Eigene Untersuchungen.

B I. Kasuistik.

1. Geburten.

Fall 1: 1925. Op. Stat. Krbl. Nr. 447 Fr. D. L. 22 j. II-para. Aufnahme in die Klinik am 26. 8. 1925.
Pat. hat am 31. 7. in hiesiger Klinik geboren. Seit dem 21. 8. trat im Anschluß an körperliche Anstrengung starke Blutung mit Abgang von Klumpen auf, die Patientin veranlaßte, die Klinik aufzusuchen.

Geburtsbericht:
Geburt am 21. 7. 1925. Spontangeburt eines lebensfrischen reifen 3650 g schweren m. Kindes nach dem Typus der 1. H. H. L. Bei liegender Plazenta stärkere Blutung, deshalb Crédé in Narkose. Nachgeburt sicher vollständig. Eihäute anscheinend sicher vollständig. Nach Ausstoßung der Pl. ist der Uterus zuerst gut kontrahiert, um dann wieder atonisch zu werden. Anlegung des Aortenkompressoriums (Haselhorst). Die Blutung steht sofort. Der Uterus kontrahiert sich gut. Speculumkontrolle ergibt Unversehrtheit des Geburtskanals. Nach vorsichtiger Lockerung bezw. Entfernung des Kompressoriums blutet es nicht mehr. 1 ccm Gynergen. Blutverlust ca. 700 gr.

Wochenbettverlauf: o. B. Pat. steht am 2. Tage auf und beteiligt sich an den gymnast. Übungen. Lochien o. B. Pat. wird, da der Uterus über die für den 9. Tag bestehende Norm deutlich vergrößert, aber von sehr harter Konsistenz ist, wiederbestellt zur Klärung der Frage, ob eine Involutio mala oder ein Tumor uteri vorliegt. Befund: am 26. 8.: Mm. für 1 Finger durchgängig. Im Cavum an der Vorderseite die rauhe Plazentarstelle fühlbar, von der ein kirschgroßer Polyp herabhängt. Uterus nicht ganz faustgroß, anteflektiert, mittlerer Konsistenz, gut beweglich. Haemoglobin 90 %, nach S. Temperatur 37 °.

Klinische Diagnose: Endometritis p. p. Plazentarpolyp. Verlauf: Am 27. 8. Untersuchung in Narzylennarkose. Der gleiche Befund wie oben. Mit dem Finger wird ein Plazentarpolyp von der Vorderseite des Cavum uteri gelöst, mit der Abortzange entfernt; dann stumpfe Curette und Uterushöhle mit Jod ausgewischt. Prophylaktisch 20 ccm Presojod. Komplikationsloser, fieberfreier Verlauf.

Pathologisch-histologischer Befund: Es handelt sich um ein kirschgroßes Plazentarstück mit wohlerhaltenen Zotten. Außerdem ein Stück Endo- und Myometrium ohne wesentliche Veränderungen.

Entlassungsbefund: am 2. 9. 25: Uterus normal groß, anteflektiert, hart, äußerer Mm. geschlossen. Adnexe frei.

Fall 2: 1927. Op. Stat. Kr. Bl. Nr.286, Fr. F. M. 27 j. II-para.

Aufnahme in die Klinik am 24. 6. 27 wegen starker Menstruationsblutung seit der letzten Entbindung. Jetzt Blutung seit 17 Tagen mit Abgang von Klumpen.

Befund: Äußerer und innerer Mm. geöffnet; aus dem Mm. hängt ein daumengliedlanges, dickes, weiches Gebilde herab. Bei der Untersuchung starke dunkelrote Blutung. Ut. anteflektiert, frei beweglich, glatt, etwas vergrößert, aufgelockert, nicht druckempfindlich. Hb. 67,3 % n. Auth. Temp. 37 °.

Klin. Diagnose: Uteruspolyp (Plazentarpolyp?), halbgeborenes, nekrotisches, submuköses Myom. Neoplasma.

Verlauf. Bei der Untersuchung am 25. 7. Verdacht auf Chorionepitheliom. Am 27. Metroskopie. Abends 38,8 Temp., Puls 122. Opium. Flüssige Diät. Eisblase. Am 1. 7. stößt sich der Polyp von selbst ab. Da es nicht blutet, wird mit Rücksicht auf die vorangegangene Temperaturansteigerung mit der Abrasio gewartet, bis Senkung in Ordnung. Nach zweitägigem Wohlbefinden Abrasio in Äthernarkose, die mäßige Mengen Plazentargewebe ergibt. Verlauf nach der Abrasio: o. B. Bei Gynergen und Eisblase dauernd gutes Allgemeinbefinden.

Path. hist. Befund: Neben unveränderten Schleimhautstückchen Decidua serotina im entzündeten Zustand, mit einigen Plazentarzotten.

Entlassungsbefung am 12. 7.: Uterus klein, anteflektiert, nicht druckempfindlich; äußerer Mm. etwas geöffnet. C. K. geschlossen. Adnexe und Param. o. B.

Fall 3: 1927. Op. Stat. Krbl. Nr. 306. Fr. B. K. 29 j. II-para.

Aufnahme in die Klinik: am 6. 7. 27 wegen Blutung seit der Entbindung vor 5 Wochen. (Äußere Wendung, Zange). Nachgeburt spontan. Laut Arztbrief nach Entleerung des Uterus an seiner Hinterwand ein walnußgroßer Knoten zu fühlen. Es blutete zuerst nur wenig, aber dauernd. Kein Fieber. Keine Schmerzen. Vor 3 Tagen setzte eine stärkere Blutung ein, dann ein Tag vollkommener Pause, dann wieder starke Blutung; hellrotes Blut.

Befund: Mm. für eine Fingerkuppe eben durchgängig, Uterus anteflektiert, frei beweglich, nicht druckempfindlich, vergrößert, weich. Starke hellrote Blutung. Hb. 88,1 %, Temp. 37,8 °.

Klin. Diagnose: Retentio partis plac. Plazentarpolyp.

Verlauf: Am 8. 7. Austastung nach Dilatation des C. K. mit dem Finger. Man fühlt im rechten Tubenwinkel einen fingergliedlangen Pl. P. Ablösung des Polypen,

anschließend Abrasio mit stumpfer Cürette, die noch reichlich Plazentargewebe zutage fördert. Am Tag nach der Ausräumung steigt die Temperatur auf 39°, Puls frequent. Prophylaktisch wird Septojod i. v. gegeben. Eisblase, Gynergen. Am nächsten Tag sinkt die Temperatur auf 36,9° und von da bis zur Entlassung — abgesehen von geringen abendlichen Temperatursteigerungen — dauernd gutes Wohlbefinden.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit entzündlicher Infiltration.

Entlassungsbefund am 19. 7.: Uterus klein, hart, anteflektiert; im ganzen retroponiert. Mm. geschlossen. Keine Blutung. Adnexe und Param. frei.

Fall 4: 1927. Op. Stat. Krbl. Nr. 487. Fr. J. E., 34 j. VI-p. Aufnahme in die Klinik am 27. 10. 27. Kat. hatte am 15. 10. einen Spontanpartus. Plac. wurde kurz nach der Geburt von selbst ausgestoßen. Im Anschluß daran trat eine starke Blutung auf, die trotz Scheidentamponade und Injektionen bis heute anhielt. Pat. war oft ohnmächtig, klagte über starkes Herzklopfen, Kopfschmerzen und Brechreiz.

Befund: Uterus noch kleinkindskopfgroß, beweglich, anteponiert, antevertiert, in aufrechter Stellung. Äußerer Mm. für Fingerkuppe gut durchgängig. C. K. geschlossen. Adnexe frei. Hb 48,3% nach S. Temp. 37,2°.

Klin. Diagnose: Plazentarpolyp, sekundäre Anämie.

Verlauf: Nach Dilatation Ausräumung mittels Wintscher Abortzange. Es finden sich reichlich alte Blutkoagula und ein Gewebsstück, das dem Pl. P. entsprechen dürfte. Nachschaben mit stumpfer Kürette, Gynergen, Eisbsase, Pat. in den nächsten Tagen noch stark anämisch.

Path. hist. Befund: Abgestorbenes Plazentargewebe mit entzündlich infiltrierten Blutgerinnseln als Hülle.

Entlassungsbefund: am 12. 11. 27: Pat. immer noch stark anämisch. Bluttransfusion wird abgelehnt. Ut. noch leicht vergrößert, hart, in aufrechter Stellung. Mm. geschlossen.

Fall 5: 1928. Sept. Abt. Krbl. Nr.183. Fr.Sch.H., 42 j. III-p. Aufnahme in die Klinik am 13. 11. 28. Am 29. 10. 28 Spontangeburt. Am 10. 11. starke Blutung. Der hinzugezogene Arzt verordnete zuerst Tropfen, da die Blu-

tung nicht nachließ, am Abend Scheidentamponade. Seither angeblich Fieber. Vorher nur Temperaturen um 37,7 °.

Befund am 13. 11.: Pat. von wachsbleicher Gesichtsfarbe und Körperhaut. In der Scheide Tampon, der nicht durchblutet ist, aber durchtränkt von übelriechender Flüssigkeit. Äußerer und innerer Mm. für einen Finger gut durchgängig. Man fühlt im Cavum Gewebe. Uterus antevert., antefl., von weicher Konsistenz. Adnexe und Param. frei. Hb 18 % nach S. Temp. 38,9 ° ax.

Klin. Diagnose: Febris p. p., Retentio Cotyledon.

Verlauf: Am 14. 11. in N. N. ein Pl. P. digital entfernt. Keine Nachkürettierung. Bei digitaler Ausräumung nur ganz geringe Blutung. Leichte Tamponade. Puls gut, Atmung etwas erschwert. Noch am gleichen Tage Bluttransfusion. An den folgenden Tagen septische Temperaturen, Thrombose des linken Beins, zunehmend erschwertes Atmen. Am 23. 11. Exitus.

Hist. Befund: Blutgerinnsel mit verstreuten Plazentarzotten und kleinen Fetzchen von Decidua. Ziemlich starke entzündliche Infiltration darin.

Obtuktionsbefund: Starke Anämie sämtlicher Organe. Abszeß in der Muskulatur des puerperalen Uterus. Der Venenplexus des Genitale ist ausgefüllt von ziemlich festen, deutlich geschichteten Thromben; vornehmlich die Vv. uterinae fast ausgesüllt bis an die Iliacae. Thrombose der lk. Femoralis. Embolie des lk. Lungenlappens, Pleuritis exsudativa.

Fall 6: 1929. Sept. Abt. Krbl. Nr. 49. Fr. K. M. 37 j. III-p.

Aufnahme in die Klinik am 3. 3. 29. Spontangeburt. Wegen Retentio pl. Crédé in Narkose. Plac. anscheinend vollständig. Am 28. leichte Blutung und Fieber. Kein Eingriff. Am Tag der Aufnahme in die Klinik starke Blutung. Hb 44 % nach S., Temp. 40,1 °.

Befund: Uterus fast kleinkindskopfgroß. Mm. für 2 Finger durchgängig; an der vorderen Ut.wand, ziemlich tief, sitzt ein fast gänseeigroßer Plazentarrest.

Klin. Diagnose: Febris puerperalis. Anämie.

Verlauf: Plazentarrest wird am 4. 3. mit dem Finger abgeschält, Blutung dabei minimal. Da noch Plazentarreste ziemlich fest an der Uteruswand sitzen, vorsichtige stumpfe Kürette. Die entfernten Plazentareste sind faulich zersetzt und stark übelriechend. Eine halbe Stunde

nach der Ausräumung Schüttelfrost. Am folgenden Tag Bluttransfusion. Schüttelfröste halten 3 Tage an und es fallen dann die Temperaturen allmählich zur Norm ab. Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit walnußgroßem Plazentarrest und aufsitzenden Blut- und Fibringerinnseln. In den Blutgerinnseln nekrotische Zotten und Bakterienkolonien.

Entlassungsbefund am 28. 3.: Mm. geschlossen, Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Corpus noch etwas groß, gutes Allgemeinbefinden. Fieberfrei.

Fall 7: 1932. Op. Abt. Kr. Bl. Nr. 243. Fr. L. K. 30 j. I-p.

Aufnahme in die Klinik: am 3 5. 32: wegen starker Blutung mit Abgang von Klumpen, nach einer Geburt am 8. 4. Blutungen traten auf vom 20. 4.—23. 4. und vom 1. 5. bis zur Aufnahme.

Befund: Mm. geschlossen, Uterus anteflektiert, gut gänseeigroß, hart, Adnexe und Param. frei. Hb 48 % nach S. Temp. 37 °.

Klin. Diagnose: Metrorrhagia puerperalis (Retentio part. pl., Myom?).

Verlauf: Konservative Behandlung (Bettruhe, Gynergen). Allgemeinzustand bleibt der gleiche. Es blutet immer noch weiter in geringen Mengen. Am 11. 5. daher Abrasio in C_2H_2. Abrasio fördert reichlich bröckeliges, zum Teil im Fundus äuserst fest haftendes Gewebe zutage; insgesamt gut wallnußgroß. Die Blutung steht. Störungsfreier Verlauf.

Path. hist. Befund: Stücke von Placenta, vielfach nekrotisch und verkalkt, eingehüllt in große Blutgerinnsel; die Gerinnsel haben den Bau von langsam entstandenen Thromben; deshalb ist das Ganze als Pl. P. anzusehen. Entlassungsbefund: am 15. 5. Uterus anteflektiert, normal groß, beweglich, Adnexe und Param. beiderseits frei. C. K. geschlossen. Wohlbefinden.

Fall 8: 1933. Sept. Abt. Kr. Bl. Nr. 11. Fr. R. M., 34 j I-p.

Aufnahme in die Klinik am 7. 1. 33 wegen Blutung, die auf Tampon nicht steht. Am 3. 1. 33 zuhause entbunden. Plac. angeblich vollständig.

Befund: Uterus kleinkindskopfgroß, weich, C. K. für 2—3 Finger durchgängig. In der linken Tubenecke ein walnußgroßes und einige kleinere Placentarrest-Stücke. Hb 65 % nach S. Temp. 38 ° r.

Klin. Diagnose: Placentarpolyp. Febris p. p., sekundäre Anämie.

Verlauf: Trotz des Fiebers digitale Austastung, um einen weiteren Blutverlust zu vermeiden. Am 7. 1. in Äthern. wegen neuerlicher starker Blutung ein walnußgroßes und einige kleinere Placentarstücke digital entfernt. Blutung steht. Lytischer Abfall der Temperatur. Relativ gutes Allgemeinbefinden.

Path. hist. Befund: Derbe Blutgerinnsel mit Placentargewebe im Innern; stellenweise in den letzteren entzündliche Infiltration mäßigen Grades.

Entlassungsbefund am 27. 1.: Uterus gut zurückgebildet, anteflektiert. C. K. geschlossen. Wohlbefinden. Hb = 67 %.

Fall 9: 1933. Op. Abt. Kr. Bl. Nr. 14. Fr. K. B., 23 j. III-p. Aufnahme in die Klinik am 9. 1. 33. Seit der Entbindung am 5. 12. 32 in hiesiger Klinik bestanden Blutungen. Entlassung erfolgte seinerzeit bei sistierenden Blutungen am 14. 12. Am Abend dieses Tages bückte sich die Pat.; während des Aufrichtens wurde ihr schlecht und sie bemerkte spontanen Blutabgang, der sich im Lauf der nächsten Tage unter ärztlicher Behandlung vermindert, aber bis zur Aufnahme in die Klinik noch anhält.

Geburtsbericht: Geburt am 5. 12. 32. Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, männlichen Kindes. 10 Min. später folgte Placenta nach Duncan. Placenta sicher vollständig. Stark zerklüftet. Blutverlust 150 g.

Wochenbett: Normal, keine Blutung. Stand des Fundus 2 Querfinger über der Symphyse.

Befund am 9. 1. 33: Äußerer und innerer Mm. geschlossen. Uterus retroflekt., ca. faustgroß, etwas weich, Adnexe und Param. frei. Temp. 36,4. Hb 75 % nach S.

Klin. Diagnose: Residuae part. plac.

Verlauf: Abrasio; Entfernung eines ca. enteneigroßen Placentarpolypen an der oberen vorderen Uteruswand. Glatter, fieberfreier Verlauf.

Path. hist. Befund: Placentarstücke, zum Teil als kleine Fetzen in Blutgerinnsel eingehüllt; in den oberflächlichen Schichten der letzteren vielfach entzündliche Infiltration.

Entlassungsbefund: am 17. 1. 33:: Mm. geschlossen. Uterus retroflektiert. Gut involviert, derb, mäßig druckschmerzhaft. Adnexe, Parametrien o. B.

Fall 10: 1933. Op. Stat. Nr. 135. Fr. K. B., 42 j. VI-p. Aufnahme in die Klinik am 10. 3. 33. Nach einem am 4. 1. 33 erfolgten Partus hat die Pat. angeblich dauernd geblutet. Der Arzt weist sie jetzt nach vergeblichen Versuchen, die Blutung medikamentös zu stillen, hier ein.

Befund: Äußerer Mm. für 2 Querfinger gut durchgängig, innerer Mm. geschlossen. Uterus etwas vergrößert, in Streckstellung, beweglich, relativ weich. Adnexe und Parametrien o. B. Im C. K. fühlt man einen ca. nußgroßen, glatten, beweglichen Tumor. Hb = 75 %. Temp. = 38°.

Klin. Diagn.: P. p. in die Cervix geborenes submuköses Myom.

Verlauf: Am 11. 3. Operation: Hysterotomia anterior.

Operationsbericht: In C_2N_2-N. Durchtrennung der vorderen Scheidenwand bis zur Höhe des ineren Mm. durch Medianschnitt. Nach Abschieben der Blase wird die vordere Cervixwand mit der Schere gespalten. Nach Freilegen des Tumors zeigt es sich, daß er aus grauem nekrotischen Material besteht. Bei Ankrallen mit Hakenzange reißt er ein und stellt sich als gestielter Pl. P. dar, der am Fundus adhärent ist. Das zurückgebliebene Material wird teils mit der Abortzange, teils mit der großen stumpfen Kürette entfernt. Hierauf werden noch einige vorsichtige Züge mit der großen scharfen Kürette ausgeführt. Dann Versorgung der Cervix durch Knopfnähte und Schluß der Scheide. Es blutete bei dem Eingriff nicht unbeträchtlich, die Blutung steht aber nach Anlegung der Cervix und Scheidennähte, Tamponade der Scheide. Fieberfreier Verlauf, keine Blutungen.

Path. hist. Befund: In geronnennes Blut und hyaline Gewebsmassen eingebackene nekrotische Chorionzotten. Unter den nekrotischen Massen verbergen sich auch deciduale Stellen. Es handelt sich um Teile aus einem Placentarpolypen.

Entlassungsbefund am 25. 3.: Uterus retrovertiert, anscheinend normal groß, Mm. für eine Fingerkuppe durchgängig.

Fall 11: 1933. Geb. Abt., Nr. 347. Fr. K. A., 37 j. IV-para. Aufnahme in die Klinik am 26. 6. 1933. Spontangeburt eines lebensfrischen männlichen Kindes in hiesiger Klinik. Bei 720 g Blutverlust Crédé ohne Narkose. Pla-

zenta folgt 35 Min. p. p. Sie ist stark zerrissen, jedoch bis auf Deciduadefekte vollständig. Uterus wechselnd in seiner Konsistenz. Es gehen noch geringe Blutmengen ab. Am Nachmittag hat sich Pat. soweit erholt, daß sie auf Station verlegt werden kann. Keine Nachblutung mehr. Gesamtverlust 970 gr.

Wochenbettsverlauf: Frühaufstehen; am 4. Tag p. p. Ausstoßung eines großen Blutkoagulums aus dem Ut. Nach Gynergengabe keine weitere Blutung. Am 10. Tag p. p. Uterus groß, weich. Der tastende Finger findet im Uterus bröckeliges Gewebe, das entfernt wird. Es setzt eine Blutung ein, die auf Gynergen und Eisblase zum Stehen kommt. Weiterhin fieberfreier, glatter Verlauf. Entlassung bei mäßigem Wohlbefinden am 17. Tag p. p.

Path. hist. Befund: Spontan ausgestoßenes Blutkoagulum: Plazentargewebe mit starker Ausdehnung der intervillösen Räume durch geronnenes Blut; an der Oberfläche eine Zone starker entzündlicher Infiltration, welche der größtenteils nekrotischen Decidua angehört. Nachtastungsmaterial: Durchweg Plazentargewebe mit ziemlich ausgedehnten Nekrosen an verschiedenen Stellen; stellenweise auch mit entzündlicher Infiltration; die überziehende Decidua ist stellenweise ziemlich dick und hyalin.

Fall 12: 1935. Inn.Abt. Kr. Bl. Nr.113. Fr. R. Th. 35 j. III-p.

Aufnahme in die Klinik am 5 8. 35. Am 24. 7. 35 Spontanpartus zuhause. Am 8. Wochenbettag plötzlich Fieber. Kein Schüttelfrost. Seitdem Temperaturen um 38 °, Schmerzen im Leib und Kreuz. Bei Aufnahme Temp. 38,4 °. Puls 100.

Befund: Äußerer Mm. für einen Finger durchgängig. Ut. in Streckstellung. Fundus 2 Querfinger oberhalb der Symphyse. Beide Param. sind breit und hart bis zur Beckenwand infiltriert. Ut. schlecht auszutasten und nicht gut beweglich.

Klin. Diagnose: Parametritis p. p.

Verlauf: Nach längerer kons. Behandlung klingt das Fieber allmählich ab. Nur noch geringe Schmerzen. Am 23. 8. ganz plötzlich heftige Blutung. Im Uteruscavum ein etwa nußgroßer Polyp auszutasten; nahe der Tubenecke festhaftend. Außerdem noch vereinzelte, vom großen Polypen deutlich zu trennende Polypen von etwa Erbsengröße. Entfernung mit der Winter'schen Abort-

zange. Mit der stumpfen Kürette wird noch reichlich Material gewonnen, das mit der Abortzange nach wiederholtem Eingehen nicht zu entfernen war. Blutung, die zuerst noch stark war, nur noch ganz gering. Bei nochmaligem Nachtasten keine Reste mehr zu fühlen. Orastin i. v., Gazestreifen nach vorheriger gründlicher Jodierung. Am Abend Schüttelfrost, Erbrechen. In den nächsten Tagen Absinken der Temp., dauernd Wohlbefinden, störungsfreier Verlauf.

Path. hist. Befund: Überall Plazentarreste, teilweise nekrotische, teilweise noch erhaltene Zotten mit verklumpten Epithelien, auch Decidua an eine Stelle. Oberflächlich finden sich reichlich Leukozyteninfiltrationen, an den Gefäßen Thromben. An der Basis des Knotens ist noch entzündliche infiltrierte Uterusschleimhaut zu sehen und von hier aus erfolgt teilweise eine bindegewebige Organisation und hyaline Umwandlung des Plazentarpolypen.

Entlassungsbefund am 14. 9.: Uterus gut zurückgebildet, von normaler Größe und Konsistenz, anteflektiert, wenig beweglich. An beiden Adnexen Verdickung des Parametriums.

Fall 13: Inn. Abt. Kr. Bl. Nr. 163. Fr. K. D., 25 j. II-p. Aufnahme in die Klinik am 30. 11. 35: Wegen starker Blutung und Fieber p. p. Partus am 14. 11. zuhause. Gemini, Placenta zerrissen aussehend. In den ersten Tagen p. p. gehen kleine Klumpen geronnenes Blut ab. Seit 28. 11. ging ungefähr ½ Ltr. hellrotes Blut ab. Am Tag der Aufnahme verstärkte Blutung. Temperatursteigerung seit 28. 11.

Befund: Mm. für 2 Finger gut durchgängig. Man fühlt im Cavum reichlich festes Gewebe. Uterus gut mannsfaustgroß. Fundus 3—4 Querfinger über der Symphyse, anteflektiert, weich, gut beweglich. Leicht druckempfindlich, Param. beiderseits frei. Hb = 44 % nach S. Temp. 38,4 °.

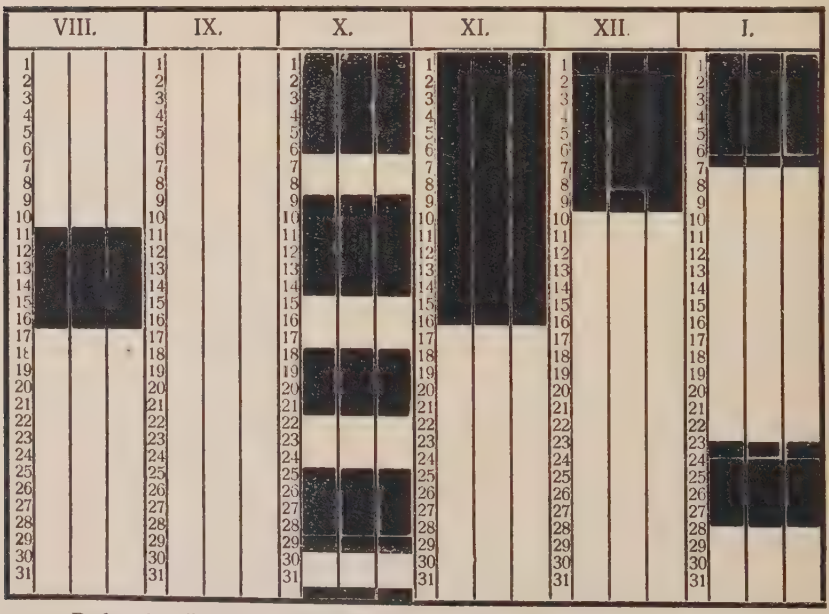
Klin. Diagnose: Plazentarpolyp.

Verlauf: Am 30. 11. Mm. völlig erweitert. Unterer Pol eines Plazentarpolypen tastbar. In C_2H_2-N. wird mit 2 Fingern ins Cavum uteri eingegangen. Das Cavum ist ausgefüllt durch eine Gewebsmasse, die durch mehrere, teilweise recht derbe Stränge mit der weichen dünnen Uteruswand in Verbindung stehen. Das Gewebe wird

durch schabende Bewegung von der Uteruswand getrennt, derbere Stränge werden zwischen den Fingern durchgekniffen. Die zutage geförderte Gewebsmasse ist kleinhandtellergroß, Cavum uteri noch etwas höckerig und rauh, Blutung steht. Nach anfänglicher Temperatursteigerung lytisches Absinken zu normalen Temperaturen. Nach energischer Behandlung der Anämie steigendes Wohlbefinden.
Path. hist. Befund: Typisches Plazentargewebe, das an einigen Stellen am Rand auch Leukozyteninfiltrationen aufweist.
Entlassungsbefund am 20. 12.: Äußerer Mm. geschlossen, Portio gut zurückgebildet, Uterus klein, derb, nicht anteflektiert, gut beweglich.

2. Placentarpolypen nach Aborten.

Fall 1: 1925, Op.Abt., Kr.Bl. Nr.66. Fr. Sch. G. 44 j. VIII-p. Aufnahme in die Klinik erfolgt am 28. 1. 25 wegen Blutungen in- und außerhalb der Periode.



Befund: Äußerer Mm. für einen Querfinger eben durchgängig; Uterus retrovertiert, mittelsteif, etwas groß, normale Gestalt, glatte Oberfläche, sehr gut beweglich. Hb = 70 % nach Auth. Temp. 37 °.

Klin. Diagnose: Metrorrhagia (klimakterisch). Ca uteri?

Verlauf: In N. N. Dilatation, Abrasio, Jodäzung. Keine Blutung mehr. Wohlbefinden.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp.

Entlassungsbefund am 7. 2.: Entlassung bei Wohlbefinden.

Fall 2: 1925. Op. Stat., Kr. Bl. Nr. 189, Fr. B. R., III-p. Aufnahme in die Klinik am 30. 3. 25 wegen dauernder Blutung seit 11. 3. 25, Müdigkeit und Übelkeit.

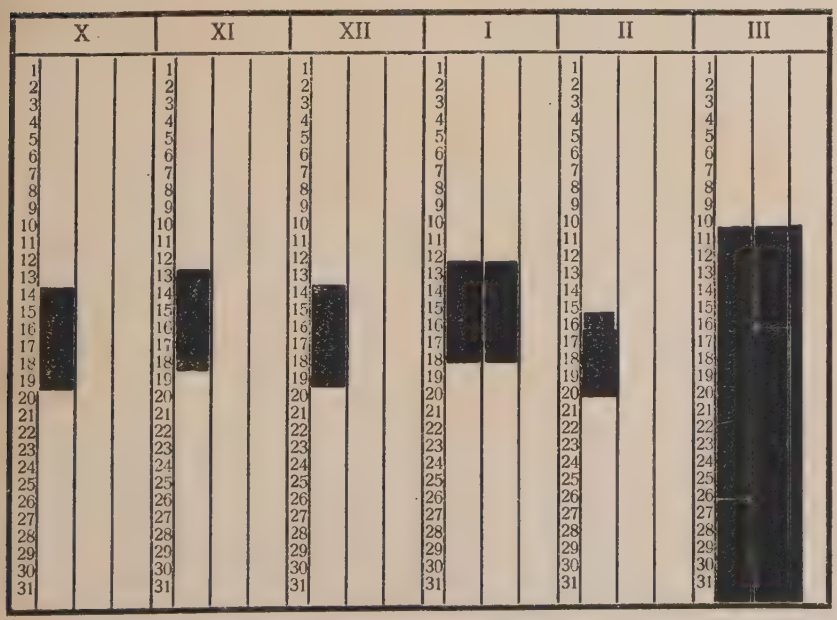
Befund: Mm. gut durchgängig. Bei Beginn der Untersuchung entleerte sich aus dem Uterus ein 6 cm langer, 2 cm breiter, walzenförmiger Tumor. Ut. anteflektiert, ein wenig groß, normale Gestalt, glatte Oberfläche, weiche Resistenz, gut beweglich, etwas druckempfindlich. Hb = 87 % nach Auth. Temp. 36,9 °.

Klin. Diagnose: Plazentarpolyp.

Verlauf: Nach der Ausräumung spärlicher blutiger Ausfluß. Mm. für einen Finger durchgängig. Komplikationsloser Verlauf.

Entlassungsbefund: am 6. 4.: Keine Blutungen. Mm. geschlossen.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit entzündl. Infiltrat.



Fall 3: 1925. Sept. Abt. Kr. Bl. Nr. 185, Fr. E. K., II-p.

Aufnahme in die Klinik am 9. 11. 1925 wegen starker Blutungen seit 8 Tagen. Seit 1/4 Jahr Anenorrhoe.

Befund: Mm. für einen Querfinger gut durchgängig. Man fühlt im Cavum unteren Eipol (?) gut. Uterus anteflektiert, kindskopfgroß, kugelig, glatt, beweglich, stark druckempfindlich. Hb = 74 % nach Auth. Temp. 37,2.

Klin. Diagnose: Abort. incip. m. IV.

Verlauf: Zunächst Versuch, durch Bettruhe den Abort aufzuhalten. Gegen Abend jedoch starke Wehen und Blutungen. Spontanausstoßung der Frucht und Placenta. Am 14. 11. blutet Pat. trotz Gynergen immer noch ein wenig. Bei der Untersuchung ist Mm. weit geöffnet, Cavum uteri ausgefüllt mit einem Blutkoagulum. In N. N. Digitalausräumung eines Plazentarpolypen. Ausschabung mit stumpfer Kürette Scheidentamponade, Blutung steht. Bis zur Entlassung komplikationsloser Verlauf.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit dickem Gerinnsel an der Oberfläche.

Fall 4: 1927. Op. Stat. Kr. Bl. Nr. 328. Fr. B. B., 33 j. VIII-p.

Aufnahme in die Klinik am 22. 7. Blutungen seit 8 Tagen nach einer Amenorrhoe von 1/4 Jahr. Abgang einer Frucht wurde nicht bemerkt. Starke wehenartige Schmerzen in Leib und Kreuz.

Befund: Mm. für eine Fingerkuppe gut durchgängig, man fühlt im Cavum Plazentargewebe. Uterus entsprechend dem 3. Schwangerschaftsmonat vergrößert, weich, frei beweglich. Glatte Oberfläche. Nicht druckempfindlich. Adnexe und Parametrien frei. Hb = 96,5 % nach Auth. Temp. 37,3°.

Klin. Diagnose: Gestörte Gravidität m. III, Abortus incompletus.

Verlauf: In Äthernarkose Lösen der Abortreste und Placenta von der Uteruswand mit einem Finger und Ausräumung. Nachkürette mit stumpfer Kürette. Uterushöhle beim Nachtasten leer. Gynergen, Uterustamponade, Eisblase. Nach Entfernung der Tamponade keine Blutungen mehr. Im weiteren Verlauf dauerndes Wohlbefinden.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit Blutgerinnseln an der Oberfläche und entzündliche Infiltration in den oberflächlichen Schichten.

Entlassungsbefund am 29. 7.: Gutes Allgemeinbefinden. Corpus uteri etwas groß, retroponiert-anteflektiert, beweglich. Mm. geschlossen.

Fall 5: 1927. Op. Stat. Kr. Bl. Nr.396. Fr.H.M., 42 j. VIII-p.

Aufnahme in die Klinik am 31. 8. 27: Pat. wurde von ihrem Arzt eingewiesen, weil sie seit der Fehlgeburt am 10. 7. 27 unregelmäßige, mitunter sehr starke Blutungen hatte und sich immer schwächer fühlte.

Befund: Mm. geöffnet. Man fühlt im Cavum einige Rauhigkeiten, Uterus in Streckstelung, vergrößert, weich, glatte Oberfläche; auf Druck empfindlich. Adnexe und Parametrien o. B. Hb = 70 % nach Auth. Temp. 37,2 °.

Klin. Diagnose: Residuae p. abort.

Verlauf: Am 2. 9. in Aeth. N. mit dem Payerschen Instrument Entfernung eines walnußgroßen, nekrotischen Plazentarpolypen. Nachtastung zeigt den Ut. leer. Anschließend Abrasio mit mittelgroßer scharfer Kürette. Scheidentamponade. Gynergen. Eisblase. Komplikationsloser, fieberfreier Verlauf.

Path. hist. Befund: In Blutgerinnsel eiangebettet verstreute Chorionepithelien und reichlich Plazentarzotten; letztere zum Teil in Nekrotisierung begriffen und von entzündlichen Infiltraten umgeben.

Entlassungsbefund am 6. 9.: Corpus uteri in Streckstellung, mäßig beweglich, etwas weich, nicht druckempfindlich. Adnexe und Parametrien o. B. Keine Blutung. Ausgedehntes Lazerationsektropium.

Fall 6: 1927. Op. Stat. Kr. Bl. Nr. 449. 23 j. I-para.

Aufnahme in die Klinik am 1. 10. 27 wegen Blutungen seit einem Monat. Letzte regelmäßige Menstruation vom 28. 8.—1. 9. 27. Regellose Blutung seit 4. 9. mit Abgang von Klumpen. Seither dauernde starke Blutung.

Befund: Mm. für eine Fingerkuppe eben durchgängig, Uterus vergrößert, anteflektiert, hart, frei beweglich, nicht druckempfindlich. Adnexe u. Param. links o. B., rechts neben dem Uterus eine taubeneigroße, weiche, etwas druckempfindliche Resistenz. Hb = 89,5 % nach Auth. Temp. 36,8 °.

Klin. Diagnose: Residuae p. abort., Plazentarpolyp.

Verlauf: In Äth. N. Dilatation. An der Hinterwand fühlt man aus der Kürette eine deutliche Rauhigkeit, die sich als kleinfingerlanger Pl.P. entpuppt. Nach der Abrasio zeigt sich der Uterus überall gleichmäßig hart und glatt. Gynergen. Eisblase. Keine Blutung mehr. Komplikationsloser Verlauf.

Path. hist. Befund: Blutkoagula in Organisation begriffen mit eingestreuten Fetzchen nekrotischer Decidua. Entlassungsbefund am 14. 10. 27: Normaler Genitalbefund. Wohlbefinden.

Fall 7: 1930. Sept. Abt. Kr. Bl. Nr. 164. Fr. M. A., 32 j. I-p.

Aufnahme in die Klinik: am 29. 5. 30: Regellose Blutung mit Abgang von Klumpen. Am 28. 5. Abgang einer Frucht. Anschließend starke Blutungen.

Befund: Mm. für einen Finger eben durchgängig, inn. Mm. geschlossen, Uterus gut hühnereigroß, anteflektiert, weich. Adnexe und Param. o. B. Sehr starke Blutung. Hb = 32 % nach S. Temp. 38 °.

Klin. Diagnose: Abort. incompl. febr. m. III.

Verlauf: Nach Entfernung der Scheidentamponade Ausspülung, Erweiterung. Kurettage mit großer Kürette fördert ein haselnußgroßes Plazentarstück zutage, das mit der Hand fest verwachsen war. Nachschaben mit kleiner scharfer Kürette. Ausjoden. Uterus kontrahiert sich gut. Es handelte sich um einen daumengroßen Plazentarpolypen. Glatter Verlauf.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp, innen Nekrose, in den Außenschichten stark entzündliche Infiltration.
Entlassungsbefund am 6. 6.: Uterus anteflektiert, antevertiert, frei beweglich, normal groß. C. K. geschlossen. Keine Blutung mehr. Hb = 45 % nach S.

Fall 8: 1930. Sept. Abt. Kr. Bl. Nr. 361, Fr. D. M., 31 j. V-p.

Aufnahme in die Klinik am 17. 12. 30 wegen regelloser Blutung seit 7. 10. mit Abgang von Klumpen (Abort am 22. 9). Seither dauernde, mäßig starke Blutung. P. hatte nach dem Abort Temperaturen bis zu 41 °. Seit 13. 12. wieder Temperaturen.

Befund: Innerer Mm. geschlossen, Uterus anteflektiert, hart, etwas größer als normal. Adnexe und Param. o. B. Hb = 68 % nach S. Temperatur 37,5 °.

Klin. Diagnose: Residuae p. abort. febril.

Verlauf: Am 22. 12. Spontanabgang eines mittelgroßen Plazentarpolypen. Anschließend Abrasio. Normaler Verlauf.

Path. hist. Befund: Nekrotische Chorionzotten, thrombosierte Gefäße und entzündliches Infiltrat.

Entlassungsbefund am 5. 1.: Mm. geschlossen, schleimig-eitriger Fluor, sonst normaler Genitalbefund.

Fall 9: 1931. Op. Abt., Kr. Bl. Nr. 448, Fr. G. M., 36 j. V-p.

Aufnahme in die Klinik am 7. 8. 31. Seit 1½ Jahren (Abort) starke unregelmäßige Blutungen, die sich wesentlich verschlimmert haben. Letzte Blutung seit 3 Wochen.

Befund: Mm. für einen Finger gut durchgängig. Man fühlt im Cavum ca. kirschgroße Resistenz. Uterus anteflektiert, knapp gänseeigroß. Hb = 60 %, Temp. 36,4 °.

Klin. Diagnose: Submuköses Myom, Diff. Diagn.: Polyp.

Verlauf: Am 13. 8. bei der Speculumuntersuchung im C. K. ein pflaumengroßer Polyp sichtbar. Der Stilansatz ist fühlbar. In C_2H_2-Narkose Ablatio polypi und Abrasio, die eine reichliche Menge Schleimh. fördert. Blutung steht.

Path. hist. Befund: am 17. 8.: Uterus normal groß. C. K. geschlossen.

Fall 10: 1932. Op.Abt., Kr. Bl. Nr.228, Frl. Br. R., 24 j. II-p.

Aufnahme in die Klinik am 23. 4. 32: Am Tag vor der Aufnahme plötzlich auftretende Leibschmerzen, dann Blutung mit Abgang von Klumpen, Fieber. Seit 6 Wochen Amenorrhoe, seit 8 Tagen sehr geringe dauernde Blutung (nach Spülung).

Befund: Mm. für einen Finger durchgängig, Eipol durch Mm. geboren. Uterus gänseeigroß, weich, anteflektiert. Temp. 37,4 °.

Klin. Diagnose: Abortus incip. m. II—III (crimin.).

Verlauf: Eizange fördert das kleine hühnereigroße Ei zutage; anscheinend intakt. Stumpfe Kürette und scharfe Kürette, Nachtastung. Störungsfreier Verlauf.

Path. hist. Befund: Plazentarpolyp mit kräftiger Entzündung.

Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, noch etwas weich, gut zurückgebildet.

Fall 11: 1934. Op. Stat., Kr. Bl. Nr. 57. Fr. Z. A., 43 j. XI-p. Aufnahme in die Klinik am 23. 1. 34 wegen 12-tägiger starker Blutung mit Abgang von Fetzen und Schmerzen in Leib und Kreuz. Letzte Menstruation vom 11. 1. bis 23. 1. 34. Abgang von Abortresten.

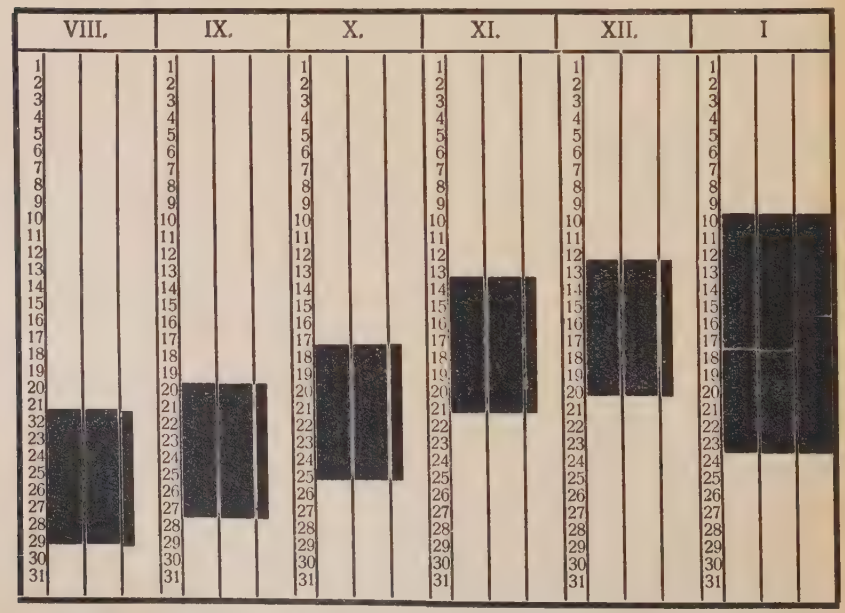
Befund: Mm. für einen Querfinger gut durchgängig. Man fühlt im Cavum Gewebe. Uterus anteflektiert, weich, deutlich vergrößert. Adnexe und Param. o. B. Hb = 72 % nach S. Temp. 37,2 °.

Klin. Diagnose: Abortus incompletus. Nekrotisches submuköses Myom.

Verlauf: Am 24. 1. zuerst digitale, dann anschließend instrumentelle Entfernung von Gewebsstücken, dann noch Entfernung der Reste mit großer Kürette. Jod Gynergen. Komplikationsloser Verlauf.

Path. hist. Befund: Blutgerinnsel mit reichlich Plazentarzotten im Inneren. Dieselben zum T. abgestorben. An einer Stelle auch entzündliche Decidua. Das Ganze macht den Eindruck eines Plazentarpolypen, an dessen Oberfläche und in dessen Innern Blut geronnen ist; denn die Plazentarzotten hängen größtenteils untereinander und mit der Decidua zusammen.

Entlassungsbefund am 29. 1. 34: Uterus normal groß, frei beweglich, C. K. geschlossen, gutes Allgemeinbefinden.



B. II.

Die von mir angeführten Fälle von Plazentarpolypen sind alle rein geburtshilflicher Natur, d. h. sie gehen in ihrer Entstehung auf eine Schwangerschaft zurück. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Ansicht sämtlicher neuerer Autoren.

Von den 24 Fällen entfallen 13 auf solche nach Geburten, 11 anschließend an Aborte. Dreimal fand sich ein Polyp bei Frauen, die in der hiesigen Klinik entbunden hatten.

Die angeführten Fälle sollen nun unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet werden: Blutung, Anämie, Fieber, Schüttelfrost.

Über den Zeitpunkt des Auftretens der ersten durch den Polypen bedingten Blutung nach einem Abort sind in manchen Krankengeschichten keine exakten Angaben zu finden, teils weil die Pat. nicht angeben können, wann der Abort eingetreten ist, teils weil er überhaupt negiert wird. Ferner gibt es Fälle, in denen nach ein- oder zweimaligem Ausbleiben der Periode eine Blutung eintritt, die als Abortblutung anzusprechen ist, die dann aber ohne Unterbrechung andauert, bis klinisch der Polyp festgestellt ist; so daß also nicht sicher festzustellen ist, ob die Blutung durch den Abort oder durch den Polypen bedingt war. Bei den nach normalen Geburten auftretenden Polypen dagegen finden sich genaue Angaben über die Zeit, die zwischen Geburt und erster Blutung verstrichen ist. In drei Fällen begannen die Blutungen unmittelbar im Anschluß an die Geburt, in fünf Fällen im Verlaufe der ersten Wochen p. p., in zwei Fällen in der 4. Woche p. p. In einem einzigen Fall trat Spontanausstoßung des Polypen ohne vorangegangene Blutung auf.

Die durch die Blutung hervorgerufene Anämie ist wechselnden Grades. Trotz der vorausgegangenen Blutungen hatten 13 Patientinnen normale Hb-Werte (zwischen 75 und 95 %), in 7 Fällen lag eine starke Anämie vor (Hb-Werte schwankten zwischen 60 und 40 %). Zwei Patientinnen waren noch stärker ausgeblutet. Hb-Werte 18 bezw. 32 %.

Die Temperatur war bei der Mehrzahl der Fälle (15 mal) bei Einweisung in die Klinik normal. Auch nach der Ausräumung trat bei diesen Patientinnen keine Steigerung der Temperaturen auf. In 9 Fällen bestand

dagegen Fieber. 6 davon kamen mit einer Temperatur von 37,8—38,9 ° in die Klinik; dreimal fanden sich stark erhöhte Temperaturen: 39,5—40 °. Schüttelfröste traten nur bei einer Patientin drei Tage vor Einweisung in die Klinik auf.

Die Therapie bestand fast durchweg in digitaler Ausräumung mit nachfolgender stumpfer Abrasio. In drei Fällen, wo keine Temperatursteigerung vorlag, wurde mit Hilfe der Winter'schen Abortzange ausgeräumt. Auch in den Fällen mit Temperatursteigerung ging man aktiv vor und zwar in der gleichen Weise wie bei den Fällen mit normaler Temperatur. Also auch hier digitale Ausräumung und anschließend Abrasio. In den infizierten Fällen waren es die Blutungen, die zu sofortigem Eingriff zwangen. Nach der Ausräumung verhielt sich die Temperatur wie folgt: Bei der oben erwähnten Patientin, die drei Tage vor der Einweisung in die Klinik Schüttelfröste hatte, wiederholten sich die Schüttelfröste eine halbe Stunde nach der Ausräumung und am 2. und 3. Tag nach der Ausräumung; dann trat lytische Entfieberung ein. Zwei Patientinnen, die mit 37,8 bezw. 38 ° in die Klinik kamen, bekamen nach der Ausräumung Fieberzacken von 39 bezw. 40 °. In beiden Fällen fiel die Temperatur innerhalb dreier Tage zur Norm ab. Ein Fall endete letal, am 9. Tag nach der Ausräumung. Es lag bei der Einweisung schon eine Infektion vor (38,9 ° Temp.) und die Patientin war sehr ausgeblutet (Hb = 18 % nach S.) nach der Aufnahme in die Klinik. Die Obduktion ergab: Starke Anämie sämtlicher Organe, Thrombose der linken Femoralis, Embolie des linken Lungenlappens, Pleuritis exsudativa.

Die Diagnose wurde in der Mehrzahl der Fälle richtig gestellt. Die nicht diagnostizierten Fälle wurden als Abortus incompletus oder als Metrorrhagia angesprochen. Die Therapie wurde dadurch nicht beeinflußt. Nur in einem Falle, wo der Verdacht auf ein submuköses Myom vorlag, wurde eine vaginale Hysterotomie ausgeführt.

Über die Prognose ist zu sagen, daß von den 24 Pat. eine starb. In diesem Fall lag eine hochgradige Anämie vor. Bei den fieberfreien Fällen erstreckte sich die Behandlung auf 10 Tage. Wo eine Temperatursteigerung vorlag, betrug der Aufenthalt in der Klinik 3—4 Wochen. Die Patientinnen wurden in gutem Allgemeinzustand aus der Klinik entlassen, nur bei einzelnen war

noch eine Behandlung der Anämie im Verlaufe der nächsten Zeit erforderlich.

Zum Schluß möchte ich die in der Einleitung erwähnte Arbeit [9]) aus der Bonner Frauenklinik im Auszug wiedergeben. Die Arbeit befaßte sich allerdings nur mit Plazentarpolypen nach Geburten.

In den Krankengeschichten der Bonner Klinik sind in den Jahren 1900—1922 18 Fälle von Plazentarpolypen nach rechtzeitigen Geburten vermerkt. Von den 18 Fällen sind 6 unter ca. 1000 Geburten nach Entbindung in der Klinik selbst vorgekommen, während die übrigen 12 außerhalb der Klinik entbunden worden waren. Die Patientinnen konnten nach ca. 10 tägiger Klinikbehandlung geheilt entlassen werden. In einem Fall trat der Tod ein infolge von Puerperalfieber und Peritonitis. Bei den 18 Fällen trat die Blutung p. p. in einem Fall 3 Wochen, in einem andern nach 3 Jahren (!) p. p. auf. Infektionen traten 7 mal vor und 3 mal nach Entfernung des Polypen auf. Die Entfernung geschah bei den 18 Fällen 13 mal durch stumpfe Ablösung mit der Fingerkuppe, 2 mal mit Hilfe der Abortzange, 1 mal durch Curettage und 1 mal durch die vaginale Uterusamputation.

— — — —

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. C. J. Gauß für die Überlassung des Themas und für seine Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

— — — —

Ich erkläre hiermit, vorliegende Arbeit selbständig und nur mit Hilfe der angeführten Literatur ausgeführt zu haben.

Maria Becker.

Schrifttum.

1) Bumm: Grundriß der Geburtshilfe. S. 671.
2) Braun, C.: Die Nosogenie der Plazentarpolypen. Allgem. Wiener Med. Zeitschr. 1860, Nr. 43—45.
3) Chamrad: Über Plazentarpolypen besonders der Tube. Inaug. Diss. Breslau 1933, S. 19.
4) Förster: Ein Fall von Plazentarpolyp. Inaug. Diss. Würzburg 1886.
5) Nürnberger: Fehlgeburt und Frühgeburt. Halban-Seitz, Bd. VII/1, S. 537.
6) Scanzoni v.: Verhandlungen der Würzburger Phys. u. Med. Ges. Sitzg. v. 18. 1. 1851, Verhandlungen Bd. II, S. 30.
7) Sigwart: Die Pathologie des Wochenbetts. Halban-Seitz, Bd. VIII/1, S. 812.
8) Schmidt: Zurückbleiben von Plazentarteilen. Med. Klinik 1924, Nr. 36.
9) Schlösser: Über Plazentarpolypen nach rechtzeitigen Geburten. Inaug. Diss. Bonn 1923.
10) Über fibrinöse und Plazentarpolypen. Scanzonis Beitr. zur Geburtshilfe und Gynäk. Bd. 7.
11) Steinhäuser: Über tubare Plazentarpolypen. Inaug. Diss. Breslau 1923.
12) Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
13) Zahn: Über einen Fall von Perforation der Uteruswand durch einen Polypen. Virch. Arch., Bd. 46.
14) Zangemeister: Lehrbuch der Geburtshilfe. Münch. Med. Woch. 1921.
15) Rosenstein: Zur Klinik und Histologie der Plazentarpolypen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, 1926, S. 224

Lebenslauf.

Ich wurde am 21. Juni 1905 als Tochter des Kaufmanns Ambrosius Becker in Contwig/Pfalz geboren.

5 Jahre besuchte ich die Volksschule zu Contwig und war 6 Jahre im Lyzeum zu Lohr a. M. und Kaiserslautern. Später die Oberrealschule der Ursulinerinnen zu Freiburg, wo ich Ostern 1931 das Reifezeugnis erhielt.

Meine vorklinischen Semester verbrachte ich in Münster i. Westf., Freiburg und Würzburg. Der ärztlichen Vorprüfung unterzog ich mich in Würzburg.

Meinen klinischen Studien oblag ich in München und Würzburg.